



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

GUIA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Versão novembro/2022

Versão Novembro, Porto Alegre, 2022.

Governo do Estado do Rio Grande do Sul Secretaria Estadual da Saúde
É permitida a reprodução parcial desta publicação, desde que citada a fonte.

Guia Tuberculose na Atenção Primária à Saúde (APS)

Redação:

Carla Adriane Jarczewski - Coordenadora do Programa Estadual de Controle da Tuberculose/SES/RS
Janilce Dorneles de Quadros – Divisão da Atenção Primária à Saúde
Rosa Albuquerque Castro - PECT/RS/CEVS/SES
Silvana Boeira Zanella – PECT/RS/CEVS/SES

Colaboradores:

Ana Lúcia Pecis Baggio - Coordenação Estadual de IST/Aids/DAS/SES
Carla Daiane da Silva Rodrigues - Divisão da Atenção Primária à Saúde
Equipe Divisão de Políticas de Promoção da Equidade
Equipe Técnica TelessaúdeRS-UFRGS
Elsa Frank Roso - HSP/SES
Fernanda Torres de Carvalho - Divisão Doenças Crônicas Não Transmissíveis/DAS/SES
Laura Ferraz dos Santos - Coordenação Divisão da Atenção Primária à Saúde
Luiza Campos Menezes - Divisão da Atenção Primária à Saúde
Mara Pessini - HSP/SES
Maurício Vieira Rodrigues - Consultor PECT/RS
Priscila Helena Miranda Soares - Divisão da Atenção Primária à Saúde
Priscila Tadei Nakata Zago - HSP/SES
Tainá Nicola - Divisão da Atenção Primária à Saúde
Rachel Cohen - IST/Aids/DAS/SES
Raissa Ballejo Canto - Divisão da Atenção Primária à Saúde
Roger dos Santos Rosa- Faculdade de Medicina/UFRGS
Sabrina da Cunha Godoy - Serviço de Farmácia HSP/SES
Simone Minghelli – Laboratório de Micobactérias /LACEN-RS/SES

Diagramação:

Janilce Dorneles de Quadros

O Conteúdo deste Guia e outras publicações podem ser acessados na página:

[Secretaria da Saúde \(saude.rs.gov.br\)](http://saude.rs.gov.br) OU <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/inicial>

Contato:

Programa Estadual de Controle da Tuberculose
E-mail: tuberculose@saude.rs.gov.br
Divisão Divisão da Atenção Primária à Saúde
E-mail: dapsrs@saude.rs.gov.br
Horários de atendimento: 8h30min às 12h e 13h30min às 18h

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 4 |
| 2. OBJETIVO | 6 |
| 3. DETECÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE TUBERCULOSE | 6 |
| 4. NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) | 9 |
| 5. ORIENTAÇÕES PARA REGISTRO NO E-SUS APS | 9 |
| 6. DIAGNÓSTICO | 11 |
| 6.1 Métodos diagnósticos | 11 |
| 6.1.1 Baciloscopia | 11 |
| 6.1.2 Cultura para micobactérias, identificação e teste de sensibilidade | 12 |
| 6.1.3 Radiografia de tórax | 13 |
| 6.1.4 Teste Rápido Molecular (TRM-TB) | 13 |
| 6.1.5 Prova Tuberculínica (PT) | 13 |
| 7. SIGILO | 14 |
| 8. ORGANIZAÇÃO A NÍVEL MUNICIPAL | 15 |
| 9. TRATAMENTO | 16 |
| 9.1 Reações adversas | 19 |
| 10. TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) | 21 |
| 11. CONTROLE DE CONTATOS | 23 |
| 12. INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE (ILTb) | 25 |
| 13. O ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM TB NA APS | 27 |
| 14. TUBERCULOSE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE | 29 |
| REFERÊNCIAS | 33 |
| APÊNDICE I – Fluxograma dos Sintomáticos Respiratórios na APS | 37 |
| ANEXO I – Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose | 38 |
| ANEXO II – Boletim de Acompanhamento - SINAN | 39 |
| ANEXO III: Modelo de termo de consentimento livre esclarecido | 40 |
| ANEXO IV - Fluxograma para investigação de contato crianças (< 10 anos de idade) | 41 |

| | |
|--|----|
| ANEXO V - Fluxograma para investigação de contatos adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade) | 42 |
| ANEXO VI – Ficha de notificação da Infecção Latente da Tuberculose (ILTb) | 43 |
| ANEXO VII: Parâmetros para diagnóstico e acompanhamento da tuberculose: estimativa de necessidades e exames ao ano | 45 |

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa de transmissão aérea causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e permanece sendo um desafio à saúde pública mundial. A emergência da pandemia de covid-19 culminou na reorganização de ações, serviços e sistemas de saúde em todo o mundo, o que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), reverteu anos de progresso no controle da TB (WHO, 2021). Estima-se que em 2020 a TB tenha acometido cerca de 9,9 milhões de pessoas no mundo, sendo responsável por 1,3 milhão de óbitos entre pessoas sem a infecção pelo HIV. Até 2019, a doença era a primeira causa de óbito por um único agente infeccioso, tendo sido, desde 2020, ultrapassada pela covid-19 (WHO, 2021). O Brasil é um dos países com alta carga dessa doença e enfrenta dificuldades para controlar esse agravo (BRASIL, 2017a). Tais dificuldades contribuem para a “reemergência da TB como um grave problema de saúde pública”, e se relacionam tanto com os aspectos do tratamento, dos serviços de saúde, bem como às inúmeras situações de vulnerabilidades presentes no contexto de vida de determinados grupos populacionais: população em situação de rua (PSR), pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHA), população privada de liberdade (PPL) e pessoas que convivem com extrema pobreza (BRASIL, 2019).

Como resposta a esse cenário epidemiológico, a OMS e os países signatários de suas recomendações têm formulado estratégias de fortalecimento da adesão ao tratamento da TB que incluam ações intersetoriais, o enfrentamento dos determinantes sociais da doença¹ e um cuidado centrado no paciente articulado em rede (BRASIL, 2019). Nesse contexto, a descentralização do tratamento da TB para a Atenção Primária à Saúde visa ampliar o acesso da população vulnerável com maior risco de adoecimento (e da população em geral) e fortalecer a principal estratégia de controle da doença, o Tratamento Diretamente Observado (TDO), seja ele domiciliar, na Unidade de Saúde ou compartilhado com o serviço especializado.

Está no escopo das atribuições da Atenção Primária à Saúde (APS) as estratégias programáticas de controle da TB, de acordo com o atual *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose* (BRASIL, 2019): **1) a detecção**

¹ Pobreza, desnutrição, baixa escolaridade, moradias precárias, alta densidade populacional, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, viver em áreas de alta incidência de TB, uso abusivo de álcool e outras drogas, migração, além de barreiras culturais e econômicas como determinantes sociais relacionados à ocorrência de TB.

precoce dos casos de TB, a qual inclui a busca ativa de sintomáticos respiratórios e a busca passiva de casos, para investigação, diagnóstico e tratamento (e ou devido encaminhamento); 2) o fortalecimento da adesão terapêutica, a qual inclui o acolhimento, a implementação do TDO, a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o monitoramento dos casos e busca de faltosos (BRASIL, 2019a). Também está previsto na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2019b) a “Prevenção, rastreamento de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da pessoa com tuberculose (tratamento com esquema básico, tratamento diretamente observado, rastreamento em sintomáticos respiratórios e busca de contatos de pacientes com tuberculose pulmonar).”

Podemos citar também, para além da assistência individual, a necessidade de que a APS desenvolva estratégias comunitárias integradas às ações com a Vigilância em Saúde (VS). Tal integração colabora para que os profissionais de saúde reconheçam as particularidades do território, os determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, as situações de risco sanitário e o contexto local das áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (eSF) e das Equipes de Atenção Primária (eAP). A partir disso, diferentes processos de trabalho podem ser necessários, considerando as diferenças do contexto de vida das populações com maior risco de adoecimento dentro de cada território. Portanto, a sensibilização das equipes da APS, quanto a importância de direcionar suas ações também para o tratamento da TB, contribui para o planejamento de estratégias de promoção e proteção da saúde da população, de prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018a).

No Brasil, assim como em vários países, a TB é considerada condição sensível à Atenção Primária e a organização das ações de atendimento à TB nesse nível de atenção estão incluídas no primeiro pilar do Plano Nacional Pelo Fim da Tuberculose (BRASIL, 2017a): “Prevenção e Cuidado Integrado Centrado no Paciente”. Portanto, descentralizar as ações de tratamento da TB para a APS tem potencial para fortalecimento da adesão e redução de situações de vulnerabilidade², contribuindo para maior controle da doença. Dentre as ações realizadas na APS estão:

- Identificar novos casos no território, através da busca ativa de sintomáticos respiratórios;

² A dificuldade de acesso aos serviços de saúde é um determinante social relacionado à TB e visto que a APS é a porta de entrada preconizada aos serviços do SUS, o atendimento desta doença neste nível de atenção torna-se uma potencialidade para o controle da doença.

- Realizar diagnóstico oportuno dos usuários, diminuindo a chance de transmissão da tuberculose para seus contatos;
- Iniciar o tratamento imediatamente, evitando que o paciente circule por vários serviços até receber o medicamento;
- Realizar a investigação e controle dos contatos, tratando, quando indicado, a infecção latente e/ou a doença;
- Organizar, implementar e supervisionar o TDO nas Unidades de Saúde, diminuindo a chance de abandono do uso da medicação pelo usuário;
- Participar da construção de estratégias que visem fortalecer a comunicação entre os três níveis de atenção, de forma a estimular que aconteça a referência e contrarreferência dos casos de TB;
- Participar da construção de planos compartilhados de cuidado com a rede intersetorial, para a promoção do cuidado de usuários em situação de vulnerabilidade social.

Com as ações de controle da tuberculose sendo realizadas no território pela APS, amplia-se a possibilidade de aumento dos índices de cura, a redução do abandono do tratamento, a redução de vulnerabilidades, a contribuição para o enfrentamento dos determinantes sociais relacionados à doença e, por consequência, o decréscimo da transmissão da tuberculose na população.

2. OBJETIVO

Esse guia tem como objetivo reforçar o papel da APS como coordenadora do cuidado, frente às recomendações de controle da TB, as quais incluem o enfrentamento das situações de vulnerabilidades relacionadas aos casos da doença e o cuidado articulado em rede, além de definir critérios para o rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma a fortalecer e qualificar o cuidado ao indivíduo acometido por esta doença, garantindo a resolução prevista para esse ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

3. DETECÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE TUBERCULOSE

O controle da TB requer uma ação permanente, sustentada e organizada, com um sistema de porta de entrada capaz de assegurar o diagnóstico precoce dos casos e assistência qualificada no processo de acompanhamento (BRASIL, 2017a). O Ministério

da Saúde estima que 1% da população seja composta por sintomáticos respiratórios (SR), definidos como indivíduos que apresentam tosse por três ou mais semanas. O tempo de três semanas de tosse é válido para a população geral, porém em populações específicas pode ser duas semanas ou a qualquer tempo (BRASIL, 2019).

A busca de sintomático respiratório deve ser uma atitude incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde, tendo em vista que a detecção precoce dos casos de TB é uma das prioridades contempladas no Programa Nacional de Controle da Tuberculose. O rastreamento de casos sintomáticos respiratórios pode ocorrer de duas formas:

Busca Passiva: é aquela em que a equipe de saúde investiga os usuários que procuram espontaneamente o serviço de saúde; e

Busca Ativa: é aquela em que a equipe estabelece ações fora da Unidade de Saúde, na comunidade.

Quadro 1: Orientações para busca de SR em populações específicas:

| | |
|--------------------------------|---|
| Sistema prisional ³ | <p>- Busca Passiva: a partir da demanda espontânea (quando a PPL demanda por serviço de saúde), a equipe de saúde deve investigar a TB;</p> <p>- Busca ativa de sintomático respiratório: deve ser realizada no momento do ingresso no sistema prisional (dentro de, no máximo, 7 dias) e entre os contatos. Além da busca ativa através de entrevista, é indicado, quando possível, o exame radiológico como forma de triagem, para todas as PPL.</p> <p>Recomenda-se também o rastreamento em massa (“campanha”), idealmente duas vezes ao ano, o qual consiste em uma entrevista com todas as pessoas privadas de liberdade sobre a presença de tosse, tratamento anterior de TB e infecção por HIV. Se apresentar tosse de qualquer tempo de duração, deve ser encaminhado para a realização de exames de diagnóstico.</p> |
|--------------------------------|---|

³ Para mais informações acessar [Nota Informativa Conjunta N° 01/2022 - Vigilância Epidemiológica da Tuberculose \(TB\) na Saúde Prisional.](#)

| | |
|---|--|
| Instituições fechadas | Em instituições fechadas na área dos serviços de APS, como Instituições de Longa Permanência e albergues, é desejável que a estratégia de busca ativa de SR seja realizada periodicamente. Essa periodicidade deve ser estabelecida de acordo com o tempo de permanência das pessoas na instituição e a sua capacidade de organização operacional local. Se apresentar tosse de qualquer tempo de duração, deve ser encaminhado para a realização de exames de diagnóstico. |
| População indígena | Deve-se estabelecer uma rotina para a realização da busca ativa do SR, considerando o elevado risco de adoecimento dessa população. Essa busca deve ter caráter permanente e priorizada durante a visita domiciliar e em eventos que ocorrem nas aldeias. Se apresentar tosse de qualquer tempo de duração, deve ser encaminhado para a realização de exames de diagnóstico. |
| População em situação de rua | Realizar busca ativa nos locais de permanência das pessoas em situação de rua em conjunto com equipes de assistência social, serviços itinerantes e consultórios na rua, para identificação dos casos e encaminhamento, com articulação entre unidades de saúde e abrigos, visando o cuidado compartilhado. Se apresentar tosse de qualquer tempo de duração, deve ser encaminhado para a realização de exames de diagnóstico. |
| <ul style="list-style-type: none"> - Contato de TB pulmonar ou laríngea - Pessoas que vivem com HIV - Imigrantes - Profissionais de saúde | Se apresentar tosse de qualquer tempo de duração, deve ser encaminhado para a realização de exames de diagnóstico. |
| População com Diabetes mellitus | Se apresentar tempo de tosse de 2 semanas ou mais, deve ser encaminhado para a realização de exames de diagnóstico. |

Fonte: Brasil, 2019; Brasil, 2022b.

O rastreamento, conforme Fluxograma dos Sintomáticos Respiratórios na APS (APÊNDICE I), deve ser realizado de forma compartilhada com outros pontos da RAS e essas ações proporcionam a redução da carga de bacilos da população, conseqüentemente diminuindo a incidência de tuberculose no território.

4. NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

Conforme Portaria Ministerial, a tuberculose é uma doença de notificação compulsória (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016). **Notifica-se apenas o caso confirmado de tuberculose** (critério laboratorial ou clínico-radiológico/tratamento de prova). Mediante a confirmação de um caso de tuberculose, a Unidade de Saúde (pública ou privada) que identifica o caso é responsável pela sua notificação. Outros serviços podem notificar o caso, como por exemplo, os laboratórios.

A notificação é feita por meio do preenchimento da “Ficha de notificação/Investigação de Tuberculose” (**Anexo I**). O caso de tuberculose deve ser acompanhado até o seu encerramento e é recomendável utilizar o boletim de acompanhamento gerado pelo SINAN (**Anexo II**). Estes dados devem ser inseridos mensalmente no SINAN, pela vigilância municipal.

5. ORIENTAÇÕES PARA REGISTRO NO E-SUS APS

O e-SUS APS é uma estratégia para reestruturar as informações da APS em nível nacional. O Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente os sistemas de software necessários à implementação da estratégia e-SUS APS: Coleta de Dados Simplificada (CDS) ou Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Os municípios ainda podem utilizar sistemas próprios/terceiros, com adequada integração ao Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB). Cabe ressaltar que, a partir do novo modelo de financiamento da APS, os dados enviados ao SISAB serão fundamentais para o repasse financeiro às equipes, por meio da capitação ponderada e dos indicadores de desempenho. É imprescindível que os registros das ações relacionadas ao cuidado dos usuários, seja em consultas, visitas domiciliares ou em outro tipo de atendimento, sejam inseridos através das ferramentas de entrada de dados da Estratégia e-SUS APS. Isto é

necessário para a realização adequada do monitoramento, avaliação e repasse financeiro referente às ações da tuberculose⁴.

O correto registro das informações deve ser realizado observando:

- O cadastro individual do usuário, o mais completo possível, com dados do CNS e/ou CPF atualizados;

- O registro da condição "tuberculose" no prontuário eletrônico, por profissional médico ou enfermeiro, utilizando o campo **"Problema e/ou condição detectada"**, incluindo obrigatoriamente o CIAP2 ou CID10 correspondentes.

Códigos CIAP2: Tuberculose código A70 (Figura 1).

Principais códigos CID10: Z20.1; Z11.1; Z030; A15; A17; A18; A19. Tuberculose associada a outras doenças: N74.0; N74.1; B20.0; J65; O98.0; P37.0. Considerar febre (R50) e tosse (R05).

- A transmissão mensal dos dados de produção da Atenção Primária para a base nacional do SISAB, até o décimo dia útil do mês subsequente à sua realização⁵.

Figura 1: Registro da condição tuberculose no campo Problema e/ou condição detectada

Problema e / ou condição detectada *

CIAP2 tuberculose

CID10 TUBERCULOSE
A70 incl: TODO O TIPO DE INFECÇÕES DE TUBERCULOSE EM QUALQUER PARTE DO CORPO, EFEITOS TARDIOS.
excl:

Notas

Página 1 de 1

Confirmar

| CIAP2 | Descrição da CIAP2 | CID10 | Descrição do CID10 | Nota |
|-------------------------|--------------------|-------|--------------------|------|
| Nenhum item encontrado. | | | | |

Fonte: e-SUS APS

⁴ [Consultar Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde \(PIAPS\).](#)

⁵ [PORTARIA N° 4, DE 28 DE JANEIRO DE 2021](#)

6. DIAGNÓSTICO

A forma clínica pulmonar da TB é a mais importante do ponto de vista epidemiológico, em função da transmissão por via respiratória. Contudo, existem apresentações extrapulmonares, as quais têm seus sinais e sintomas dependentes dos órgãos ou sistemas acometidos (BRASIL, 2019). Quando há suspeita de tuberculose extrapulmonar os pacientes HIV soronegativos devem ser encaminhados para referência secundária ou terciária de acompanhamento de tuberculose, já os pacientes HIV soropositivos devem ser encaminhados para o Serviço de Atenção Especializada (SAE).

Em relação à TB pulmonar, os métodos para o diagnóstico laboratorial são a baciloscopia, a cultura para micobactérias e o Teste Rápido Molecular/ GeneXpert (TRM-TB).

A realização da cultura permite o isolamento e a identificação do Complexo *Mycobacterium tuberculosis* (CMTB) e das micobactérias não tuberculosas (MNT), para posterior realização do Teste de Sensibilidade às Drogas Antimicrobianas (TSA).

Atentar para outros sinais e sintomas além da tosse, dentre os quais: febre vespertina, sudorese noturna, anorexia, astenia (cansaço e mal estar), emagrecimento, dor torácica, hemoptise e/ou escarro hemático.

Todo usuário com diagnóstico de tuberculose deve ser testado para HIV. O diagnóstico precoce de infecção pelo HIV em pessoas com tuberculose tem importante impacto no curso clínico das duas doenças e na condição de saúde do indivíduo (Brasil, 2019).

6.1 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

6.1.1 Baciloscopia

A pesquisa bacteriológica é de fundamental importância em adultos, tanto para o diagnóstico quanto para o controle de tratamento da TB. Por ser um método simples e seguro, deve ser realizado por todo laboratório público de saúde e pelos laboratórios privados conveniados e tecnicamente habilitados. A pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente – BAAR, pelo método de Ziehl-Neelsen, é a técnica mais utilizada em nosso meio (BRASIL, 2019).

A baciloscopia de escarro é indicada nas seguintes condições:

- No sintomático respiratório, durante estratégia de busca ativa;

- Em caso de suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar, independentemente do tempo de tosse; e
- Para acompanhamento e controle de cura em casos pulmonares com confirmação laboratorial.

A baciloscopia de escarro para diagnóstico deve ser realizada em duas amostras: uma por ocasião do primeiro contato com a pessoa que tosse e a outra preferencialmente no dia seguinte, com a coleta do material sendo feita ao despertar. Para garantir a qualidade da baciloscopia, a coleta das amostras deve seguir as orientações para *Coleta de Escarro do Ministério da Saúde* disponível no [Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil](#) (2019), pág. 62.

Municípios e/ou serviços de saúde que fazem a busca ativa de SR devem planejar e monitorar essa atividade, levando em conta a população local. Conforme já mencionado, o número de sintomáticos respiratórios que se espera encontrar é de 1% da população geral (Brasil, 2019).

6.1.2 Cultura para micobactérias, identificação e teste de sensibilidade:

A cultura é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB. Tanto nas situações de retratamento (seja reingresso pós abandono ou recidiva), como nos casos de coinfeção com HIV, profissionais de saúde e situações de vulnerabilidade social (PSR, PPL, Albergues, Comunidades terapêuticas para usuários de álcool e outras drogas ou instituições de longa permanência, população indígena, imigrantes, dentre outros) a cultura com identificação e teste de sensibilidade, deve sempre ser solicitada.

Considerando a elevada frequência de formas multirresistentes na população privada de liberdade, a cultura e o TSA devem ser sempre realizados em todos os sintomáticos respiratórios identificados na população prisional, além da baciloscopia ou TRM-TB (BRASIL, 2019).

Cabe ressaltar que, nos casos pulmonares com baciloscopia negativa, a cultura do escarro pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença.

Idealmente, a cultura deve ser realizada independente do resultado da baciloscopia para todos os casos com suspeita de TB. O teste de sensibilidade deverá ser realizado a partir das culturas positivas para CMTB em sistemas automatizados que reduzem o tempo para o resultado do perfil de sensibilidade/resistência às principais drogas utilizadas no tratamento (BRASIL, 2019).

Considerando que em muitos locais não há laboratórios que realizem cultura, sugerimos que seja questionado ao gestor municipal a disponibilidade local ou regional, bem como estimulada a contratualização/pactuação para a realização desses exames.

6.1.3 Radiografia de tórax:

Entre os métodos de imagem, a radiografia de tórax é o de escolha na avaliação inicial e no acompanhamento da TB pulmonar. Deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar. Juntamente com as radiografias de tórax, sempre devem ser realizados exames laboratoriais (baciloscopias, cultura com TSA e/ou teste rápido molecular) na tentativa de buscar o diagnóstico bacteriológico e acompanhar a evolução baciloscópica. O exame radiológico em pacientes com diagnóstico bacteriológico tem como principais objetivos excluir outra doença pulmonar associada, avaliar a extensão do acometimento e sua evolução radiológica durante o tratamento. Geralmente são realizadas duas radiografias, uma no diagnóstico e a segunda no final do tratamento (BRASIL, 2019).

6.1.4 Teste Rápido Molecular (TRM-TB)

O TRM-TB está indicado, prioritariamente, para o diagnóstico de novos casos e a avaliação de resistência à rifampicina de tuberculose pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes. Esse método não deve ser utilizado para diagnóstico em pessoas que já foram tratadas anteriormente para tuberculose, mas pode ser utilizado para avaliação de resistência à rifampicina nestes casos.

Nos locais em que a máquina está disponível, também têm seu uso prioritário no diagnóstico. No RS, atualmente, estão disponíveis máquinas em 12 municípios de alta carga de tuberculose e são eles: Alvorada, Canoas, Charqueadas, Gravataí, Pelotas, Porto Alegre, Passo Fundo, Rio Grande, Santa Maria, São Borja, São Leopoldo e Viamão.

6.1.5 Prova Tuberculínica (PT)

A prova tuberculínica (PT) é utilizada para diagnóstico da infecção latente por tuberculose (ILT), e pode também auxiliar no diagnóstico de tuberculose ativa em crianças (WHO, 2015).

A prova tuberculínica é um teste diagnóstico que se baseia em uma reação de hipersensibilidade cutânea após a aplicação do PPD por via intradérmica, em que a

leitura é realizada **48 a 72 horas** após a aplicação, podendo ser estendido até **96 horas** (BRASIL, 2014).

Não há evidências para utilização de PT como método auxiliar no diagnóstico de TB pulmonar ou extrapulmonar no adulto. Uma PT positiva não confirma o diagnóstico de TB ativa, assim como uma PT negativa não o exclui (BRASIL, 2019 – p.84).

Assim, a PT é indicada para:

- Identificar casos Infecção Latente da Tuberculose (ILTb) em adultos e crianças; e
- Auxiliar no diagnóstico de TB ativa em crianças.

A prova tuberculínica reativa, isoladamente, não é suficiente para o diagnóstico da tuberculose. Além disso, é um método complementar de diagnóstico, não excluindo os métodos tradicionais: avaliação clínica, radiológica e baciloscópica. Mesmo na ausência deste insumo, não se deve deixar de avaliar o paciente pelos métodos tradicionais.

7. SIGILO

A Lei nº 14.289/22 estabelece a obrigatoriedade de preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoa com hanseníase e com tuberculose (TB). Os serviços de saúde, públicos ou privados, e as operadoras de planos privados de assistência à saúde estão obrigados a proteger as informações relativas a pessoas que vivem com as condições supracitadas, bem como a garantir o sigilo das informações que eventualmente permitam a identificação dessas condições.

Ainda, segundo a [NOTA INFORMATIVA Nº 3/2022-CGDR/DCCI/SVS/MS](#), ressalta-se que as ações de vigilância e de atenção à TB não são alteradas pela Lei 14.289/2022 (BRASIL, 2022c), ou seja, a lei não define que a assistência à pessoa em investigação para TB ou com TB confirmada deve mudar, o que deve ser adequado é o tratamento de seus dados pessoais sensíveis e a preservação do sigilo. A nota informativa apresenta alguns exemplos práticos e busca orientar sobre os desdobramentos da Lei 14.289/2022 em situações rotineiras de serviços e programas de TB em estados e municípios.

Isto posto, orienta-se que seja solicitado o consentimento à pessoa com TB ou seu responsável legal, onde será expresso a manifestação livre e informada na qual a pessoa com TB irá concordar com o tratamento dos seus dados pessoais para ações

relacionadas ao controle da doença (como controle de contatos, visita domiciliar, TDO, formas de comunicação no caso de falta às consultas e articulação em rede intersetorial para o cuidado, por exemplo). Por isso, profissionais e serviços devem estar preparados para realizar a orientação da pessoa com TB sobre seus direitos em relação ao sigilo e privacidade. No **Anexo III** consta um modelo para o consentimento.

8. ORGANIZAÇÃO A NÍVEL MUNICIPAL

No que se refere ao âmbito municipal as ações preconizadas são apresentadas no fluxograma a seguir.

Figura 2: ações de controle da tuberculose a serem realizadas no âmbito municipal



Fonte: produção própria da SES/RS (2020).

Ressalta-se também, que compete à instância municipal, entre outras ações, assegurar a realização dos exames diagnósticos, conforme preconizado nas normas, identificar e organizar a rede de laboratórios locais e suas referências municipais, regionais e estaduais (BRASIL, 2019).

A linha de cuidado da tuberculose deve ainda planificar a assistência farmacêutica, de modo a garantir o acesso aos medicamentos para tuberculose ativa e latente, através da definição dos locais de dispensação/fornecimento e cuidado farmacêutico (BRASIL, 2021a). A organização da assistência farmacêutica no âmbito da APS e o uso racional de medicamentos devem ser objeto de integração, trabalhando-se além do acesso aos medicamentos, a atenção farmacêutica, a facilitação das

interconsultas, o uso de novos medicamentos e as ações de farmacovigilância da TB (BRASIL, 2022b). Recomenda-se ainda que haja registro periódico e sistematizado da dispensação/entrega dos medicamentos para cada paciente, uma vez que registros referentes à retirada de medicamentos da farmácia podem ser utilizados como método indireto de controle de adesão (BRASIL, 2013).

Deste modo, recomenda-se promover capacitações periódicas de forma simples e objetiva, em todos os serviços do município, com o tema da tuberculose. É importante que participem dessas reuniões na unidade de saúde, desde o vigilante, recepcionista e agentes comunitários de saúde até a equipe de enfermagem, profissionais de laboratório, médicos, outras categorias de profissionais de saúde, equipes do programa saúde na escola e agentes de diferentes instituições, tais como: sistema prisional, aldeias indígenas e representantes dos conselhos de saúde, como os usuários conselheiros e outras instituições de longa permanência (BRASIL, 2022b).

Nos municípios em que ainda não há um Programa Municipal de Controle da Tuberculose implementado, com o auxílio das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), deve-se identificar e pactuar fluxos para o serviço que será referência em atenção secundária, podendo ser um Serviço de Atenção Especializada (SAE) ou um especialista (por exemplo, infectologista ou pneumologista) no próprio município ou em um município próximo.

9. TRATAMENTO

A tuberculose é uma doença curável, em praticamente todos os casos, em pessoas com bacilos sensíveis aos medicamentos antituberculose (anti TB), quando o tratamento medicamentoso é disponibilizado universalmente e o esquema terapêutico indicado é mantido sem interrupção até a sua conclusão. O profissional de saúde deve orientar o paciente de forma clara, atentando-se para identificar possíveis dificuldades à adesão ao tratamento, considerando as especificidades e necessidades de cada indivíduo.

No Brasil, o esquema básico para tratamento da TB em adultos e adolescentes (ver quadro 2) é composto por quatro fármacos na fase intensiva e dois na fase de manutenção. Atualmente, contamos com apresentações farmacológicas em dose fixa combinada tanto para a fase de ataque quanto para a fase de manutenção. Estão disponíveis uma apresentação de RHZE (4 em 1), comprimidos de dose fixa combinada contendo 150mg de Rifampicina + 75mg de Isoniazida + 400mg de Pirazinamida + 275

mg de Etambutol em cada comprimido, e duas apresentações de RH (2 em 1), uma contendo 150mg de Rifampicina + 75mg de Isoniazida em cada comprimidos e a segunda, incluída em 2022, contendo 300mg de Rifampicina + 150mg de Isoniazida em cada comprimido (BRASIL, 2022d). No quadro 2 são apresentadas as dosagens recomendadas considerando-se todas apresentações disponíveis no momento.

Em todos os esquemas de tratamento, os medicamentos devem ser ingeridos diariamente e de uma única vez. O tratamento em regime ambulatorial, prioritariamente, deve ser realizado por meio da estratégia de Tratamento Diretamente Observado (TDO).

Quadro 2: Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade):

| Esquema | Faixas de peso | Unidade/Dose | Duração |
|--|----------------|--|------------------------------|
| RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas) | 20 a 35 Kg | 2 comprimidos | 2 meses (fase intensiva) |
| | 36 a 50 Kg | 3 comprimidos | |
| | 51 a 70 Kg | 4 comprimidos | |
| | Acima de 70 Kg | 5 comprimidos | |
| RH 300/150 mg OU RH 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)* | 20 a 35 Kg | 1 comp 300/150 mg OU 2 comp 150/75 mg | 4 meses (fase de manutenção) |
| | 36 a 50 Kg | 1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg OU 3 comp 150/75 mg | |
| | 51 a 70 Kg | 2 comp 300/150 mg OU 4 comp 150/75 mg | |
| | Acima de 70 Kg | 2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg OU 5 comp 150/75 mg | |

*Atenção para a dosagem do medicamento ao fornecer para os usuários.

Fonte: Brasil, 2019.

Para o tratamento de esquema básico em crianças <10 anos de idade (ver quadro 3 e 4), estão disponíveis comprimidos de dose fixa combinada ou com fármacos

individualizados, a depender do peso do paciente. É composto por três fármacos na fase intensiva (Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida), e dois fármacos na fase de manutenção (Rifampicina e Isoniazida). Os comprimidos de dose fixa combinada são dispersíveis. Cada comprimido de RHZ dispersível contém 75mg de Rifampicina + 50mg de Isoniazida + 150mg de Pirazinamida (3 fármacos em 1 comprimido) e cada comprimido de RH dispersível contém 75mg de Rifampicina + 50mg de Isoniazida (2 fármaco em 1 comprimido). Também estão disponíveis para o tratamento da tuberculose ativa em crianças <10 anos de idade, as seguintes apresentações de fármacos individualizados: Rifampicina 20mg/ml (20%) suspensão oral, Isoniazida comprimidos de 100mg, Pirazinamida 500mg comprimidos e Pirazinamida 150mg comprimidos dispersíveis. Os quadros 3 e 4 apresentam as recomendações de uso das diferentes apresentações disponíveis.

Quadro 3- Esquema Básico para o tratamento da tuberculose pulmonar em crianças menores de 10 anos de idade e com peso inferior a 25Kg.

| Esquema | Faixas de peso | Dose por dia | Duração do tratamento |
|-------------------|----------------|---------------|------------------------------|
| RHZ* 75/50/150 mg | 4 a 7kg | 1 comprimido | 2 meses (fase intensiva) |
| | 8 a 11Kg | 2 comprimidos | |
| | 12 a 15Kg | 3 comprimidos | |
| | 16 a 24 Kg | 4 comprimidos | |
| RH* 75/50 mg | 4 a 7kg | 1 comprimido | 4 meses (fase de manutenção) |
| | 8 a 11Kg | 2 comprimidos | |
| | 12 a 15Kg | 3 comprimidos | |
| | 16 a 24 Kg | 4 comprimidos | |

*R- rifampicina; H – isoniazida; Z- pirazinamida

Quadro 4 - Esquema básico para o tratamento da TB pulmonar em crianças menores de 10 anos de idade com peso igual ou superior a 25Kg

| Fármacos | Peso do paciente | | | | | Duração do tratamento |
|---------------------------|------------------|--------------|--------------|--------------|--------|------------------------------|
| | ≥25Kg a 30Kg | ≥31Kg a 35Kg | ≥36Kg a 40Kg | ≥40Kg a 45Kg | ≥45Kg | |
| | mg/dia | mg/dia | mg/dia | mg/dia | mg/dia | |
| Rifampicina | 450 | 500 | 600 | 600 | 600 | 2 meses (fase intensiva) |
| Isoniazida | 300 | 300 | 300 | 300 | 300 | |
| Pirazinamida ¹ | 900 a 1000 | | 1500 | 1500 | 2000 | |
| Rifampicina | 450 | 500 | 600 | 600 | 600 | 4 meses (fase de manutenção) |
| Isoniazida | 300 | 300 | 300 | 300 | 300 | |

¹Na faixa de peso de 25 a 35Kg usar os comprimidos dispersíveis de pirazinamida 150mg (OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2020/CGDR/DCCI/SVS/MS).

O seguimento de pacientes com tuberculose pulmonar na APS deve ser realizado com consultas médicas e de enfermagem mensais, nas quais será reavaliada a adesão ao tratamento, o número de doses tomadas, a evolução clínica, a necessidade de ajuste da dose da medicação de acordo com o peso e o resultado de baciloscopias de controle ao longo do tratamento e outros exames complementares que forem necessários.

Quadro 5: Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB adultos:

| Procedimentos | 1ºmês | 2ºmês | 3ºmês | 4ºmês | 5ºmes | 6ºmês | OBS |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---|
| Consultas (médico e enfermeiro) | x | x | x | x | x | x | Maior frequência a critério clínico |
| Realizar TR para o HIV (se possível realizar os demais testes rápidos, sífilis e hepatites virais) | x | | | | | | Caso não seja possível no primeiro mês, realizar durante o tratamento |
| Avaliação da Adesão | x | x | x | x | x | x | |
| Baciloscopia de Controle | x | x | x | x | x | x | Recomendação para casos pulmonares |
| Radiografia de Tórax | x | | | | | x | |
| Glicemia, função hepática e renal | x | | | | | | No início e repetir a critério clínico |

Fonte: Adaptado de Brasil, 2019.

9.1 Reações adversas

As reações adversas podem ser divididas em dois grandes grupos: reações adversas “menores” (Quadro 5), em que normalmente não é necessária a suspensão dos medicamentos, e reações adversas “maiores”, que normalmente causam a suspensão do tratamento, e nestes casos o paciente deverá ser encaminhado para a referência secundária para TB.

Quadro 6: Reações adversas menores aos fármacos do Esquema Básico*

| Efeitos adversos | Provável(eis) fármaco(s) responsável(eis) | Conduas |
|--|--|---|
| Intolerância digestiva (náusea e vômito) e epigastralgia | Etambutol/ Isoniazida/ Pirazinamida/ Rifampicina | Reformular o horário da administração dos medicamentos (duas horas após o café da manhã). Considerar o uso de medicação sintomática. Avaliar a função hepática. |
| Suor/urina de cor avermelhada | Rifampicina | Orientar. |
| Prurido e exantema leve | Isoniazida/ Rifampicina | Medicar com anti-histamínico. |
| Dor articular | Isoniazida /Pirazinamida | Medicar com analgésicos ou antiinflamatórios não hormonais. |
| Neuropatia periférica | Etambutol (incomum) Isoniazida (comum) | Medicar com piridoxina (vitamina B6) na dosagem de 50mg/dia e avaliar a evolução. |
| Hiperuricemia (com ou sem sintomas) | Etambutol/ Pirazinamida | Orientar dieta hipopurínica e medicar com alopurinol ou colchicina, se necessário. |
| Cefaleia e mudança de comportamento (euforia, insônia, depressão leve, ansiedade e sonolência) | Isoniazida | Orientar. |
| Febre | Isoniazida/ Rifampicina | Orientar e medicar com antitérmico. |

Fonte: Adaptado de Brasil, 2011.

*Observações:

- Não há necessidade de alteração da composição do esquema em reações adversas menores;
- As reações adversas menores devem ser manejadas na própria APS; e

- Como parte importante da farmacovigilância, recomenda-se que as reações adversas aos medicamentos antiTB sejam notificadas à Anvisa, pelo sistema VigiMed, para o monitoramento da sua frequência.

10. TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO)

O TDO é a principal ação de apoio e monitoramento do tratamento das pessoas com TB e pressupõe uma atuação comprometida e humanizada dos profissionais de saúde (BRASIL, 2019). Tal ação inclui a construção do vínculo e a observação da ingestão dos medicamentos, que deve ser realizada, idealmente, todos os dias da semana por profissional de saúde ou outros profissionais capacitados, desde que supervisionados por profissionais de saúde. Será considerado TDO se a observação da tomada ocorrer no mínimo três vezes por semana durante todo o tratamento (24 doses na fase intensiva e 48 doses na fase de manutenção em casos de tratamento padronizado por 6 meses). A observação das tomadas de medicação realizadas de segunda-feira a sexta-feira, ou pelo menos três vezes na semana, devem ser registradas no cartão de TDO.

A realização do TDO pode ser feita por profissionais de outros serviços como Centro POP, abrigos institucionais, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e outros parceiros, desde que supervisionados (e/ou capacitados) por um profissional de saúde (BRASIL, 2011). O TDO realizado nestes outros serviços pode potencializar a adesão ao tratamento pelo usuário, uma vez que se considera os vínculos estabelecidos por eles nos diferentes pontos da rede de cuidado e proteção.

Na APS, a realização do TDO faz parte das atribuições dos ACS e deve-se considerar este profissional como importante ator para a construção do vínculo com o usuário e operacionalização da estratégia. O ACS deve fazer a observação das tomadas de medicação de segunda-feira a sexta-feira. Caso isso não seja possível, no mínimo três vezes por semana, supervisionado semanalmente por um profissional de nível superior (BRASIL, 2017c).

Importante destacar que a implementação do TDO pode ser beneficiada a partir da construção de um PTS como uma ação de fortalecimento da adesão ao tratamento. O PTS contempla a organização do cuidado por equipe multidisciplinar e pressupõe a inclusão do suporte familiar e as redes de apoio do indivíduo em tratamento. É um dispositivo de cuidado que deve ser acionado nas situações mais complexas, que no

caso da TB são bastante recorrentes. Tais situações, em partes se configuram pela presença de determinantes sociais relacionados a não adesão ao tratamento: cenários de instabilidade financeira, de extrema pobreza, iniquidades de acesso a bens e serviços, bem como fatores culturais, étnico-raciais e comportamentais frente ao tratamento de uma doença (BRASIL, 2019).

O PTS, nesse sentido, contribui para que a equipe, ao discutir o caso, entre os profissionais e com o usuário, identifique necessidades e potencialidades do mesmo, o que pode contribuir para a compreensão de como ele percebe e faz seu autocuidado e aspectos do seu contexto de vida. A partir disso, torna-se possível construir estratégias de cuidado de modo dialogado, que vão ao encontro da realidade do sujeito e façam sentido para o mesmo, o que pode contribuir para a adesão ao tratamento.

Deste modo, pensando na integração das ações da tuberculose na APS, a Secretaria Estadual da Saúde do RS, através do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde, instituiu em 2021 o Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS) o qual visa à qualificação da Atenção Primária à Saúde, por meio de repasse de recursos financeiros aos municípios, para fins de custeio e investimento em serviços e ações de saúde que fortaleçam e qualifiquem o processo de trabalho da APS no âmbito municipal.

O PIAPS é constituído dos seguintes componentes:

- I – sociodemográfico;
- II – incentivo para equipes da Atenção Primária à Saúde;
- III – incentivo à Promoção da Equidade em Saúde;
- IV – incentivo ao Primeira Infância Melhor; e
- V – estratégico de incentivo à qualificação da Atenção Primária à Saúde: Rede Bem Cuidar RS (RBC/RS).

Dentro do componente II, estão previstos o atingimento de cinco indicadores, sendo um deles o **percentual de realização de tratamento diretamente observado para tuberculose.**

Para saber mais sobre a meta e forma de cálculo deste e dos demais indicadores, acesse o site: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/piaps>.

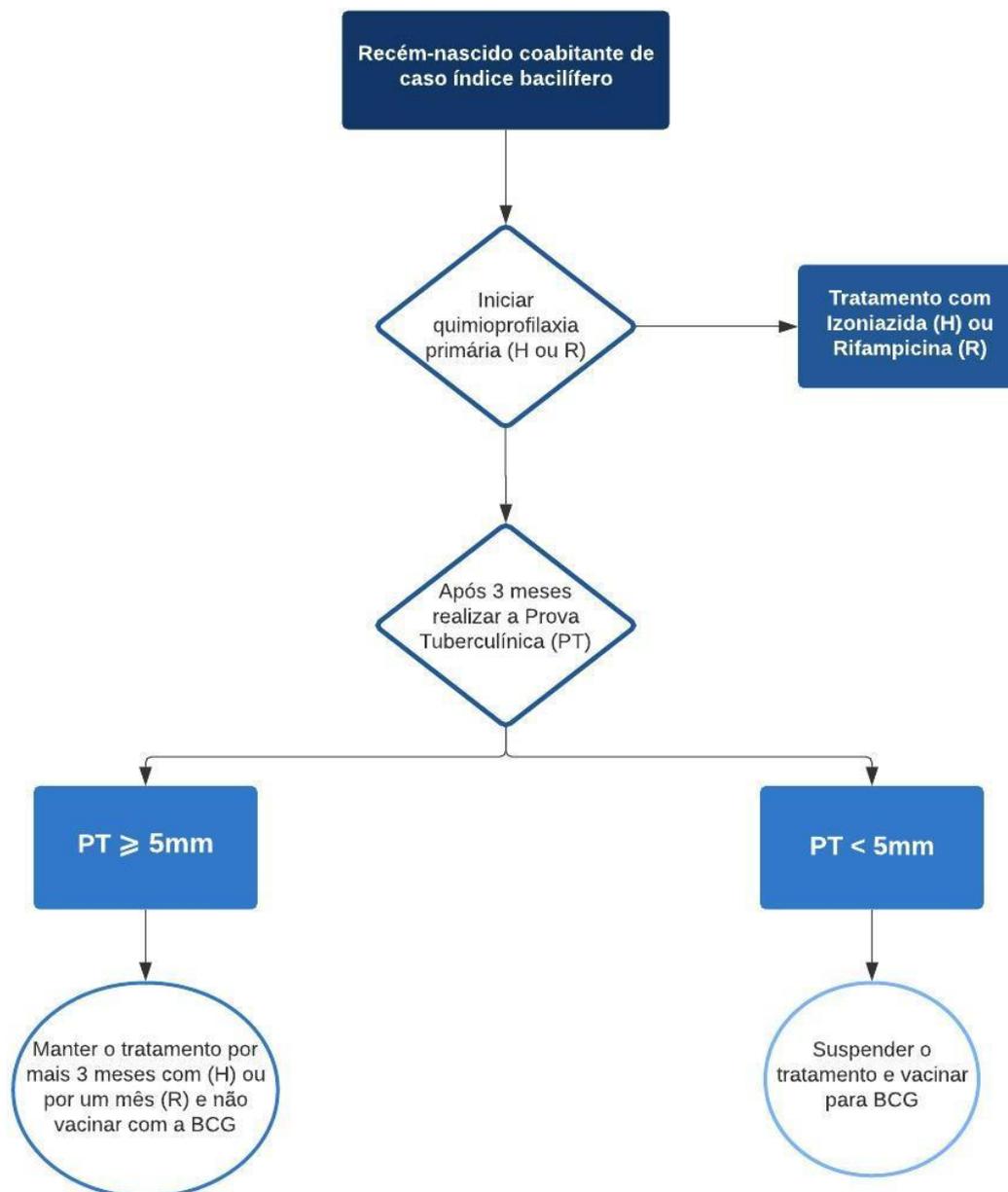
11. CONTROLE DE CONTATOS

Consiste em uma atividade programática destinada a identificar precocemente os casos de TB, bem como para identificação de indivíduos recém-infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis* no âmbito dos programas de controle da tuberculose. Para o diagnóstico precoce da TB além da busca de SR, é necessário que a APS realize investigação dos contatos de caso de TB. Denomina-se “contato de caso de TB” – toda pessoa que foi exposta ao caso índice ou caso fonte, no momento da descoberta do caso de tuberculose. Esse convívio pode ocorrer em casa, em ambientes de trabalho, em instituições de longa permanência, em escolas, dentre outros (BRASIL, 2019).

A investigação de contatos, conforme Fluxograma de Investigação de Contatos (Anexos IV e V), envolve a avaliação clínica com o objetivo de identificar a possibilidade de doença ativa ou ILTB.

Recém-nascidos (RN) expostos a casos TB pulmonar ou laríngea podem ser infectados pelo *M. tuberculosis* (MTB) e desenvolver formas graves da doença. Nessas situações recomenda-se postergar a vacinação pela BCG e, após descartado tuberculose ativa, iniciar a quimioprofilaxia primária, conforme fluxograma abaixo:

FLUXOGRAMA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO TUBERCULOSA EM RECÉM-NASCIDO



Fonte: Brasil, 2019

OBS: É importante lembrar que, antes de se iniciar o tratamento da ILTB, deve-se sempre investigar e descartar sinais e sintomas clínicos sugestivos de TB ativa.

Caso o RN tenha sido inadvertidamente vacinado com BCG, recomenda-se o uso de H por seis meses e não está indicada a realização da PT. Avaliar individualmente a necessidade de revacinar para BCG após esse período, já que a H é bactericida e pode interferir na resposta imune aos bacilos da BCG efetuada (BRASIL, 2019).

12. INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE (ILTB)

A ILTB ocorre quando uma pessoa se encontra infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sem manifestação da doença ativa. Em geral, as pessoas infectadas permanecem saudáveis por muitos anos, sem transmitir o bacilo. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (BRASIL, 2017a)

Quando uma pessoa saudável é exposta ao bacilo da TB, tem 30% de chance de infectar-se, dependendo do grau de exposição (proximidade, condições do ambiente e tempo de convivência), da infectividade do caso índice (quantidade de bacilos eliminados, presença de caverna na radiografia de tórax) e de fatores imunológicos individuais (BRASIL, 2018b).

O rastreio da ILTB sempre deve se iniciar pela exclusão da TB ativa (pulmonar/laríngea ou extrapulmonar). O diagnóstico da ILTB deve ser realizado prioritariamente na atenção primária, ou nas referências secundária e terciária, com especial atenção às populações sob maior risco de adoecimento. O diagnóstico da ILTB deve ser realizado por meio dos testes da PT ou do IGRA⁶ (ensaio de detecção de interferon-gama em amostras de sangue) (BRASIL, 2022a).

A indicação do tratamento da ILTB depende de vários fatores, a saber: o resultado da PT ou do IGRA, a idade da pessoa, a probabilidade de ILTB e o risco para o desenvolvimento de TB ativa. Para ver critérios de indicação de tratamento consultar pág. 15 do [Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil](#).

Atualmente estão disponíveis três regimes de tratamento para ILTB, conforme demonstra o quadro 7.

O esquema 3HP é o esquema preferencial para o tratamento da ILTB em adultos (exceto gestantes) e crianças a partir de 2 anos de idade, segundo recomendação do MS e respeitadas as considerações da Nota Informativa N° 05/2021 - CGDR/.DCCI/SVS/MS (BRASIL, 2021b). Possui a vantagem da comodidade posológica para o paciente, uma vez que os medicamentos Rifapentina 150mg (P) e Isoniazida (H) 300mg são tomados em doses semanais durante 3 meses (12 doses), favorecendo a adesão e sendo mais seguro do que os esquemas de 6 ou 9 meses com Isoniazida isolada.

⁶ O IGRA não está disponível nos serviços públicos no RS, está sendo implantado aos poucos no País. Até o presente momento na rede pública do RS há disponível somente a PT.

Além do esquema HP, estão disponíveis os tratamentos com Isoniazida 100mg e Rifampicina 300mg cápsulas. O uso de Rifampicina 300mg cápsulas está indicado para indivíduos com mais de 50 anos, hepatopatas, contatos de pessoas com TB resistente a H e intolerância a H.

No momento, a utilização de Rifampicina 20mg/ml suspensão oral não está disponível para o tratamento da ILTB em crianças, pois o medicamento encontra-se em risco de desabastecimento. Para pediatria, deve-se considerar o uso do esquema 3 HP (a partir dos 2 anos de idade) ou com Isoniazida 100 mg comprimidos.

A apresentação de isoniazida 300mg comprimidos é restrita ao uso em associação com Rifapentina 150mg na composição do esquema 3 HP.

Quadro 7: Esquemas de tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS).

| | Esquema de tratamento | | |
|---|--|--|--|
| | 6H ou 9H ^a | 3HP ^a | 4R ^a |
| Medicamentos | Isoniazida (H) ^b | Isoniazida (H) + Rifapentina (P) ^b | Rifampicina (R) ^b |
| | 6 meses/180 doses diárias | 3 meses/12 doses semanais | 4 meses/120 doses diárias |
| | 9 meses/270 doses diárias | | |
| Tempo de tratamento/ número de doses | O esquema de 270 doses possui melhor eficácia quando comparado com o esquema de 180 doses. Tomar 270 doses diárias durante 9 a 12 meses ou 180 doses diárias durante 6 a 9 meses. | Tomar 12 doses semanais durante 12 a 15 semanas. | Tomar 120 doses diárias durante 4 a 6 meses. |

Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS.

^a6H: seis meses de isoniazida; 9H: nove meses de isoniazida; 3HP: três meses de rifapentina mais isoniazida; 4R: quatro meses de rifampicina.

^bIsoniazida (H): disponível em comprimidos de 100mg e 300mg (uso restrito); rifampicina (R): disponível em cápsulas de 300mg; rifapentina (P): disponível em comprimidos de 150mg.

Fonte: Brasil, 2022a.

O tratamento de ILTB, quando indicado, deve ser realizado na APS. Os tratamentos devem ser acompanhados através de consultas regulares com intervalos de 30 dias, no máximo 60 dias, nas quais devem ser realizadas as avaliações clínicas de efeitos adversos, bem como o surgimento de qualquer sinal ou sintoma de tuberculose. No caso dos tratamentos com o esquema novo HP (Rifapentina 150mg + Isoniazida 300mg), as consultas devem ser no mínimo mensais. Não se recomenda repetir o

tratamento da ILTB em pessoas que já se trataram para TB ou que já fizeram o curso completo de tratamento da ILTB, exceto em situações especiais sob indicação médica (ex: PVHA em contato com caso fonte bacilífero) (BRASIL 2019; BRASIL, 2020).

O acesso aos medicamentos que constam no quadro 7 deve ser garantido pela definição dos locais de dispensação/fornecimento e cuidado farmacêutico, a exemplo do que deve ocorrer com os medicamentos do esquema básico. Os registros de fornecimento/dispensação para cada paciente, pode ser utilizado como método indireto de controle de adesão, bem como método auxiliar no controle do número de doses diárias administradas uma vez que, para os tratamentos de ILTB, o número de doses administradas para cada esquema padronizado é tão importante quanto o tempo de tratamento (BRASIL, 2018b).

Como parte importante da farmacovigilância, recomendamos que as reações adversas aos medicamentos para ILTB sejam notificadas à Anvisa, pelo sistema VigiMed ([VigiMed - Saiba mais — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/vigimed)), para o monitoramento da sua frequência.

Todo caso com indicação de tratamento de ILTB deve ser notificado e inserido no sistema de informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB (**Anexo VI**). Para mais informações acesse o [Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil](#).

13. O ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM TB NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O acompanhamento dos casos de TB faz parte das ações da APS com potencial de interferir positivamente na adesão ao tratamento. Esta ação, juntamente com a detecção dos casos da doença, diagnóstico e tratamento por meio do TDO, construção de PTS, se configuram como parte do cuidado integral e longitudinal às pessoas com TB e suas famílias.

Esse cuidado envolve outros profissionais, além do médico e do enfermeiro (BRASIL, 2017b). Neste sentido é importante salientar que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate à Endemias (ACE) são membros da equipe que possuem vínculo estratégico com as famílias e território (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2017b).

Embora o cuidado integral às pessoas com TB esteja, na maioria dos municípios, centralizado na unidade de referência (PMCT), cabe ressaltar que, a **APS deve ser capaz de realizar: diagnóstico de tuberculose, tratamento com esquema básico de casos de tuberculose pulmonar e laringea bacilíferos**, implementação e realização do TDO, acompanhamento e monitoramento dos casos em tratamento e avaliação de contatos, conforme normas técnicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019).

Assim sendo, recomendamos que o processo de descentralização seja estimulado de forma segura. Inicialmente com a busca ativa de SR, realização de TDO e a avaliação de contatos de pacientes com tuberculose pulmonar, sempre compartilhando estas ações com o PMCT. Contatos que forem classificados com infecção latente por tuberculose (ILTB), no âmbito da APS, também podem iniciar o tratamento neste local, lembrando sempre de descartar tuberculose ativa.

Sugere-se como material complementar: [Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil](#) (2019).

Vale destacar que para apoiar os municípios e estados na descentralização do cuidado da tuberculose para APS, o Ministério da Saúde publicou em 2022 o documento "[Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: Protocolo de Enfermagem](#)". O exercício legal do enfermeiro na APS é garantido mediante a adoção de protocolos institucionais que estejam de acordo com a legislação em vigor e reconhecidos pelo gestor municipal. Deste modo os municípios podem utilizar este documento para elaborar seu protocolo municipal (podendo utilizá-lo na íntegra, mediante adequada citação) e respaldar a atuação dos enfermeiros no cuidado do usuário com tuberculose no âmbito da APS.

Os protocolos de enfermagem elaborados pelos municípios, podem ser encaminhados ao Coren-RS (através do e-mail: protocoloenfermagem@portalcoren-rs.gov.br), para análise técnica e homologação do Plenário, objetivando que o documento esteja em conformidade com as diretrizes do Conselho Federal de Enfermagem para elaboração de protocolos de enfermagem na APS.

14. TUBERCULOSE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

Na RAS, o serviço de Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada preferencial no atendimento da pessoa, da família e da comunidade. No contexto do cuidado à pessoa com tuberculose, é fundamental que as equipes de APS e as referências especializadas realizem acompanhamento qualificado e integral, desde a suspeita de casos até o diagnóstico e tratamento, inclusive após o seu desfecho, coordenando o cuidado na ação multiprofissional da equipe de saúde, nas articulações com outros níveis de atenção e também nos espaços intersetoriais (BRASIL, 2021a).

Para isso, é essencial que os profissionais e gestores municipais, conheçam as atribuições de cada nível de atenção acerca do cuidado à TB, promovendo ações e organizando a RAS para o enfrentamento da tuberculose.

Quadro 8: atribuições da Atenção Primária à Saúde no cuidado à tuberculose

| Situações |
|--|
| Realizar Vacina BCG – monitorar cobertura vacinal; |
| Investigar os Sintomáticos Respiratórios (conforme Manual TB, 2019 – pag.193); |
| Identificar pessoas com suspeita de tuberculose em situações especiais e de vulnerabilidade (HIV, situação de rua, privados de liberdade, indígenas, em instituições de longa permanência, entre outros) |
| Solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade quando necessário; |
| Solicitar exames Complementares (RX, Exames laboratoriais); |
| Indicar e prescrever o esquema básico (conforme Manual de TB – pág.95), nos casos com baciloscopia positiva: Caso Novo, Recidiva após cura, Reingresso após abandono. Para os casos com forte suspeita clínico-radiológica e com baciloscopias e/ou TRM-TB negativos, indica-se, sempre que possível, encaminhar para elucidação diagnóstica nas referências secundárias; |
| Preencher os instrumentos de vigilância preconizados pelo programa nacional: Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose (SINAN); Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios; Livro de Acompanhamento de Casos; |
| Acompanhar o caso de TB do início do tratamento até o encerramento do caso, com baciloscopias de controle; |
| Realizar controle dos faltosos, utilizando contato telefônico e Visita Domiciliar (VD) além de auxiliar a referência secundária ou terciária na busca de faltosos sempre que necessário; |
| Realizar Teste Rápido para HIV e demais testes rápidos se disponíveis, (teste rápido para HIV com resultado não reagente, permanece acompanhando na APS); |
| Investigar os contatos de pessoas com tuberculose e tratar ILTB quando indicado (Conforme Manual TB, 2019 – pág. 213); |
| Tratar quimioprofilaxia primária do Recém- Nascido (conforme Manual TB, 2019 – pág.163/164); |
| Realizar Tratamento Diretamente Observado (TDO); |
| Realizar o tratamento diretamente observado compartilhado juntamente com a referência (secundária ou terciária) que acompanha o caso; |
| Manter acompanhamento dos casos de TB do seu município que estão tratando em outras instâncias (Referência Secundária e Referência Terciária); |
| Tratar efeitos adversos menores (conforme Manual TB, 2019 – pag. 128); |

| |
|--|
| Oferecer apoio aos usuários em relação às questões psicossociais e trabalhistas por meio de articulação com outros setores, procurando garantia de direitos para melhor qualidade de vida dos usuários e remover obstáculos que dificultem a adesão dos doentes ao tratamento; |
| Utilizar ferramentas disponíveis para a prestação do cuidado integral, PTS ⁷ , clínica ampliada, articulação com outros serviços e setores (articular rede intersetorial); |
| Realizar diagnóstico situacional do território; |
| Promover educação permanente à comunidade sobre a doença e sua transmissão; prevalência na localidade; o que fazer caso esteja ou conheça alguém que possa estar doente; mostrar a importância da continuidade do tratamento e da realização de exames entre pessoas contato de pessoa com diagnóstico de tuberculose; desmitificar o estigma e a discriminação. |

Fonte: Elaboração SES/RS, 2022.

Quadro 9: atribuições da Atenção Secundária no cuidado à tuberculose

| Situações |
|---|
| Solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade quando necessário; |
| Preencher os instrumentos de vigilância preconizados pelo programa nacional: Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose (SINAN); Livro de Acompanhamento de Casos; |
| Solicitar exames Complementares (RX, Exames laboratoriais); |
| Acompanhar o caso de TB, de competência da referência, do início do tratamento até o encerramento do caso, com baciloscopias de controle; |
| Toxicidade, intolerância ou impedimento ao uso do esquema básico e avaliação inicial de falência terapêutica; |
| Após manejo em hospital, realização do tratamento para tuberculose meningoencefálica e osteoarticular com esquema básico; |
| Realizar controle dos faltosos, utilizando estratégias para contato; |
| Realizar Teste Rápido para HIV e demais testes rápidos se disponíveis; |
| Investigar os contatos, diretamente ou em parceria com AB (Conforme Manual TB, 2019 – pág. 213); |
| Realizar o tratamento diretamente observado compartilhado (TDO) juntamente com a referência da APS correspondente do usuário; |
| Elucidação diagnóstica – para pessoas com suspeita de TB pulmonar com baciloscopia negativa e/ou com apresentação radiológica atípica; |
| Tratamento de paciente com coinfeção TB/HIV*; |
| Avaliação e acompanhamento de pacientes com TB com evolução clínica desfavorável; |
| Tratamento de casos de TB com esquema especial; |
| Efeitos adversos maiores (conforme Manual TB, 2019 – pag. 129); |
| Avaliação e acompanhamento de casos de TB extra pulmonar; |
| Realizar matriciamento da APS em relação aos casos complexos de tuberculose e demais dúvidas. |
| Tratamento de TB em menores de 10 anos; |
| Avaliação em casos suspeitos de falência do terapêutica. |

* Em caso do profissional médico estar devidamente capacitado e apto, o atendimento destes agravos pode ser realizado na APS.
Fonte: Elaboração SES/RS, 2022.

⁷ Para saber mais acesso o Guia Projeto Terapêutico Singular para equipes da APS, disponível em: [Educação na Saúde - Atenção Básica do RS \(saude.rs.gov.br\)](http://saude.rs.gov.br)

Quadro 10: atribuições da Atenção Terciária no cuidado à tuberculose

| Situações |
|---|
| Solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade quando necessário |
| Preencher os instrumentos de vigilância preconizados pelo programa nacional: Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose (SINAN); Livro de Acompanhamento de Casos; |
| Acompanhar o caso de TB, de competência da referência, do início do tratamento até o encerramento do caso, com baciloscopias de controle; |
| Realizar controle dos faltosos, utilizando estratégias para contato; |
| Realizar Teste Rápido para HIV e demais testes rápidos se disponíveis; |
| Investigar os contatos diretamente ou em parceria com AB (Conforme Manual TB, 2019 – pág. 213); |
| Realizar o tratamento diretamente observado compartilhado (TDO) juntamente com a referência da APS correspondente do usuário; |
| Realizar o acompanhamento bem como a contrarreferência juntamente com a referência da AB correspondente do usuário; |
| Casos de falência Terapêutica por provável resistência e resistência comprovada; |
| Micobactérias não Tuberculosas (MNT); |
| Manter o acompanhamento clínico e encaminhar os casos de monorresistência, polirresistência, TB MDR e TB XDR, para a realização do TDO compartilhado na unidade básica, enviando o cartão do TDO (a ser registrado pela unidade básica) e orientações que se fizerem necessárias (regime prescrito, efeitos adversos relacionados ao esquema especial, solicitação de baciloscopia etc.); |
| Realizar matriciamento da APS em relação aos casos complexos de tuberculose e demais dúvidas. |

Fonte: Elaboração SES/RS, 2022.

Quadro 11: pontos da rede de apoio intersetorial

| Situações |
|--|
| Socioassistenciais: acesso da pessoa com tuberculose à segurança alimentar e outros programas de proteção social (Cadastro Único, Benefício de Prestação Continuada, Benefícios Eventuais, entre outros) para viabilizar suporte às pessoas com tuberculose em situação de vulnerabilidade. Alguns serviços disponíveis: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); Referência Especializada para a População em Situação de Rua (Centro POP); |
| Conselho Tutelar: Orientação à família caso o direito da criança e/ ou do adolescente com tuberculose seja violado. Serviço disponível: Conselho Tutelar – integrante da administração pública local; |
| Previdência Social: acesso da pessoa com tuberculose aos procedimentos para aquisição de auxílio doença, e aposentadoria por invalidez e outros benefícios, conforme diretrizes da Previdência; |
| Organizações da Sociedade Civil: articulação com as organizações da sociedade civil e controle social para viabilizar oferta de ações, além da saúde para pessoas com tuberculose em vulnerabilidade. Algumas ferramentas e serviços disponíveis: Conselhos de Saúde; Comitês de Tuberculose; Comitês de Pessoas em Situação de Rua; Pastoral da Criança e do Adolescente; Organizações Não Governamentais; Centros Comunitários; Igrejas; |
| Direitos Humanos: articulação ou orientação para atividades voltadas à promoção, garantia e defesa dos direitos humanos de pessoas com tuberculose em situação de vulnerabilidade social. Algumas ferramentas e serviços disponíveis: Fundação Nacional do Índio (Funai); Articulação ou orientação caso o direito do indígena com tuberculose seja violado. Coordenações Regionais da Funai; Imigração: atendimento à pessoa com tuberculose em condição de imigração; Departamento Penitenciário: articulação em caso de pessoa privada de liberdade com tuberculose; |
| Dispositivos para habitação: aluguel social para a pessoa com tuberculose, entre outras ferramentas/estratégias que possam estar disponíveis no território; |
| Mobilidade urbana: transporte para a realização do tratamento da tuberculose entre outras ferramentas/estratégias que possam estar disponíveis no território. |

Fonte: Adaptado de Brasil, 2021a.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica : protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva.Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS / Ministério da Saúde.Secretaria-Executiva – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Técnicas de aplicação e leitura da prova tuberculínica Brasília:Ministério da Saúde, 2014

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Guia de Orientação para Coleta de Escarro / Ministério da Saúde, Brasília-2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Tuberculose na atenção primária à saúde / organização de Sandra Rejane Soares Ferreira [et al]. 4. ed. -- Porto Alegre : Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2017b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde

: tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria e Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. OFÍCIO CIRCULAR Nº 3/2020. Assunto: Orientação sobre o uso das doses fixas pediátricas RHZ (rifampicina 75mg, isoniazida 50mg e pirazinamida 150mg) e RH (rifampicina 75mg e isoniazida 50mg) comprimidos dispersíveis para o tratamento da tuberculose pediátrica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Linha de cuidado da tuberculose : orientações para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTA INFORMATIVA Nº 5/2021. Dispõe sobre atualização das Recomendações do Tratamento da Infecção Latente pelo Mycobacterium tuberculosis com a disponibilização da rifapentina. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Tuberculose na atenção primária: protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTA INFORMATIVA Nº 3/2022. Dispõe acerca de orientações às coordenações dos programas estaduais e municipais de tuberculose (TB) sobre a Lei no. 14.289 de 3 de janeiro de 2022, que trata da preservação do sigilo sobre a condição da pessoa com TB. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NI Nº 1/2022 . Disponibilidade da rifapentina para o Tratamento da Infecção Latente pelo Mycobacterium Tuberculosis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Of. Nº

18/2022 . Informações sobre a disponibilidade do medicamento Rifampicina 300 mg + Isoniazida 150mg (2x1 dose plena), comprimido, para tratamento da Tuberculose (TB). – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

World Health Organization. Global Tuberculosis Report, care and control after 2015. [Internet]. Geneva: WHO; 2013. [cited 2020 Jun 19]. Available from:

<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2020>

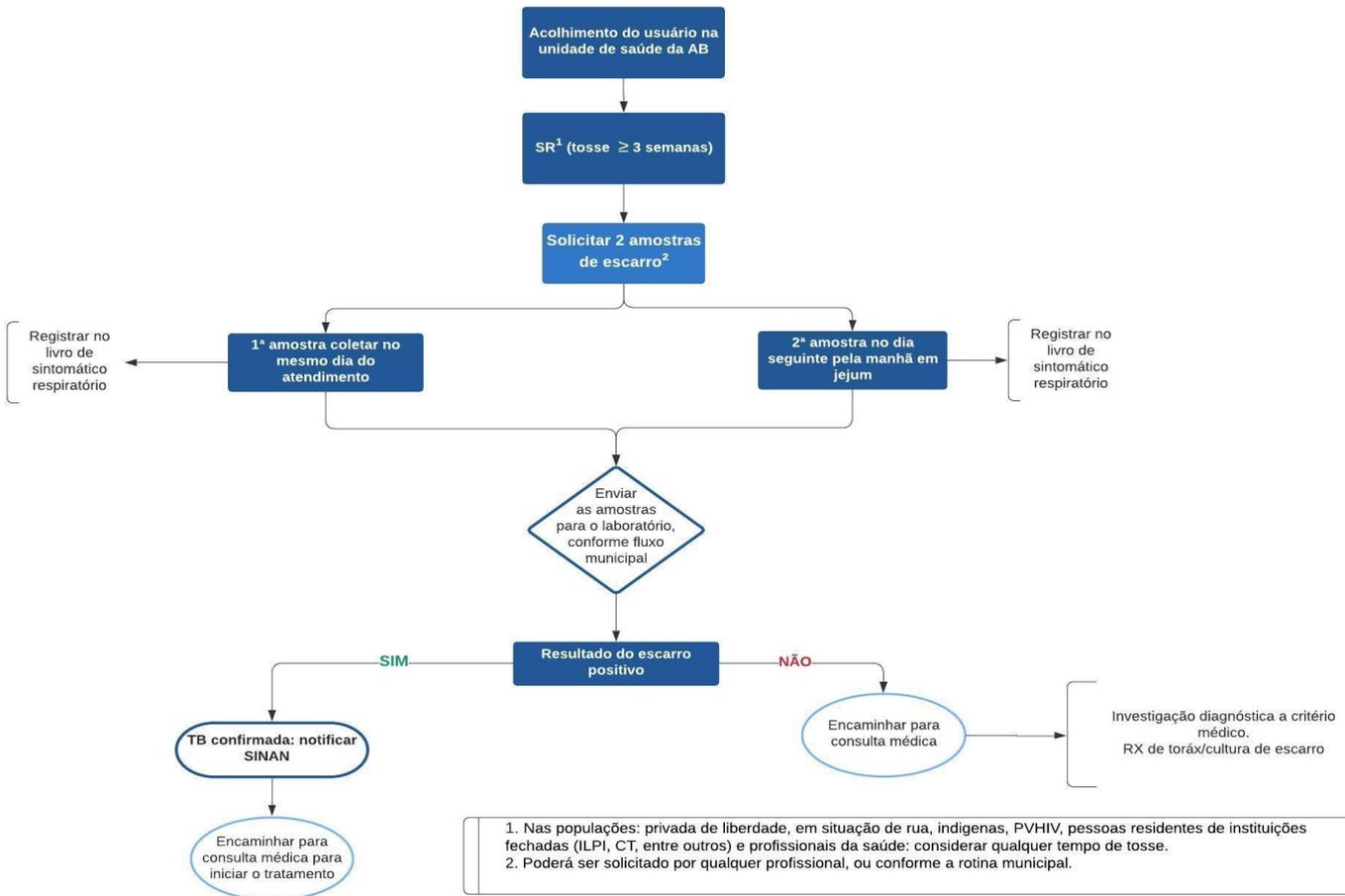
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global tuberculosis report 2021. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>. Acesso em: 31 Ago. 2022.

World Health Organization. The Stop TB Strategy: building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. [Internet]. Geneva: WHO; 2006. [cited 2020 Jun 19]. Available from:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69241/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf;jsessionid=D5DFB739A9BEA26015DF7BEA8BC0399A?sequence=1

World Health Organization. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. [Internet]. Geneva: WHO; 2013. [cited 2020 Jun 19]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_12-en.pdf?ua=1

APÊNDICE I – Fluxograma dos Sintomáticos Respiratórios na APS



Fonte: Elaboração própria, 2020.



ANEXO I – Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE

Nº

CRITÉRIO LABORATORIAL - é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose.
CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO - é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose ativa. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | 2 Agravado/doença TUBERCULOSE | Código (CID 10) A16.9 | 3 Data da Notificação |
| | 4 UF | 5 Município de Notificação | Código (IBGE) | |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código | 7 Data do Diagnóstico | |
| Notificação individual | 8 Nome do Paciente | | | 9 Data de Nascimento |
| | 10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | 12 Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Istde gestacional ignorada 5 - Não se aplica 6 - Ignorado | 13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado |
| | 14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginsásio ou 1º grau) 4 - 6º ano fundamental completo (antigo ginsásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica | | | |
| | 15 Número do Cartão SUS | 16 Nome da mãe | | |
| Dados de Residência | 17 UF | 18 Município de Residência | Código (IBGE) | 19 Distrito |
| | 20 Bairro | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | | Código |
| | 22 Número | 23 Complemento (apto., casa, ...) | | 24 Geo campo 1 |
| | 25 Geo campo 2 | | 26 Ponto de Referência | 27 CEP |
| | 28 (DDD) Telefone | | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 30 País (se residente fora do Brasil) |
| | Dados Complementares do Caso | | | |
| | 31 Nº do Prontuário | 32 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência 6 - Pós-óbito | | |
| 33 Populações Especiais 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | População Privada de Liberdade Profissional de Saúde Imigrante | 34 Beneficiário de programa de transferência de renda do governo 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | |
| 35 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar | | 36 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 - Laringea 10 - Outra | | |
| 37 Doenças e Agravos Associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | | | |
| 38 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico) 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 4 - Não se aplica | | | | |
| 39 Radiografia do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado | | 40 HIV 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Em Andamento 4 - Não Realizado | | |
| 41 Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 42 Histopatologia 1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado | | |
| 43 Cultura 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Em Andamento 4 - Não Realizado | | 44 Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB) 1 - Detectável sensível à Rifampicina 2 - Detectável Resistente à Rifampicina 3 - Não Detectável 4 - Inconclusivo 5 - Não Realizado | | 45 Teste de Sensibilidade 1 - Resistente somente à Isoniazida 2 - Resistente somente à Rifampicina 3 - Resistente à Isoniazida e Rifampicina 4 - Resistente a outras drogas de 1ª linha 5 - Sensível 6 - Em andamento 7 - Não realizado |
| 46 Data de Início do Tratamento Atual | | 47 Total de Contatos Identificados | | |
| Município/Unidade de Saúde | | | | Cód. da Unid. de Saúde |
| Nome | | Função | Assinatura | |
| Tuberculose | | Sinan NET | SVS 02/10/2014 | |



ANEXO II – Boletim de Acompanhamento - SINAN

TELA DE ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

| | | | |
|--|---|---------------------------------|-------------------------|
| 48 UF | 49 Município de Notificação Atual | Código (IBGE) | 50 N° Notificação Atual |
| 51 Data da Notificação Atual | 52 Unidade de Saúde Atual | Código | |
| 53 UF | 54 Município de Residência Atual | Código (IBGE) | 55 CEP |
| 56 Distrito de Residência Atual | 57 Bairro de Residência Atual | | |
| 58 Baciloscopias de acompanhamento (escarro) 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 4 - Não se aplica | | | |
| <input type="checkbox"/> 1º mês <input type="checkbox"/> 2º mês <input type="checkbox"/> 3º mês <input type="checkbox"/> 4º mês <input type="checkbox"/> 5º mês <input type="checkbox"/> 6º mês <input type="checkbox"/> Após 6º mês | | | |
| 59 Número do prontuário atual | 60 Tratamento Diretamente Observado (TDO) realizado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 61 Total de contatos examinados | |
| 62 Situação de Encerramento 1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por TB 4 - Óbito por outras causas 5 - Transferência 6 - Mudança de Diagnóstico 7 - TB-DR 8 - Mudança de esquema 9 - Falência 10 - Abandono Primário | | | |
| 63 Se transferência 1 - Mesmo município 2 - Município diferente (mesma UF) 3 - UF diferente 4 - País diferente 9 - Ignorado | | | |
| 64 UF de transferência | 65 Município de transferência | 66 Data de Encerramento | |

ANEXO III: Modelo de termo de consentimento livre esclarecido

Modelo de termo de consentimento livre esclarecido

Eu, _____, fui devidamente esclarecido sobre meus direitos em relação à privacidade e sigilo de meus dados pessoais sensíveis e sobre a importância em saber dos resultados dos meus exames e do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento prescrito.

Declaro que se eu não comparecer para buscar os resultados de exames, ou, por algum motivo, deixar de comparecer ao tratamento nas datas agendadas:

- Não autorizo que este serviço de saúde entre em contato comigo;
- Autorizo e permito que este serviço de saúde entre em contato comigo, por meio de:
 - Telefone/Mensagem de texto: () _____
 - Correio, por meio de correspondência ao endereço _____
 - E-mail: _____
 - Visita domiciliar, no endereço: _____
- Outro meio de contato: _____

Declaro ter sido esclarecido sobre a importância da avaliação de meus contatos, para que seja possível examiná-los e identificar se estes precisam de tratamento ou de alguma assistência.

- Autorizo a busca de contatos no meio familiar
- Autorizo a busca de contatos em outros meios (_____)

Assino esse termo em 2 (duas) vias, ficando uma cópia retida no serviço e outra comigo.

(Local) _____, (data) / ____ / _____

Nome do usuário: _____

Assinatura do usuário ou impressão digital: _____

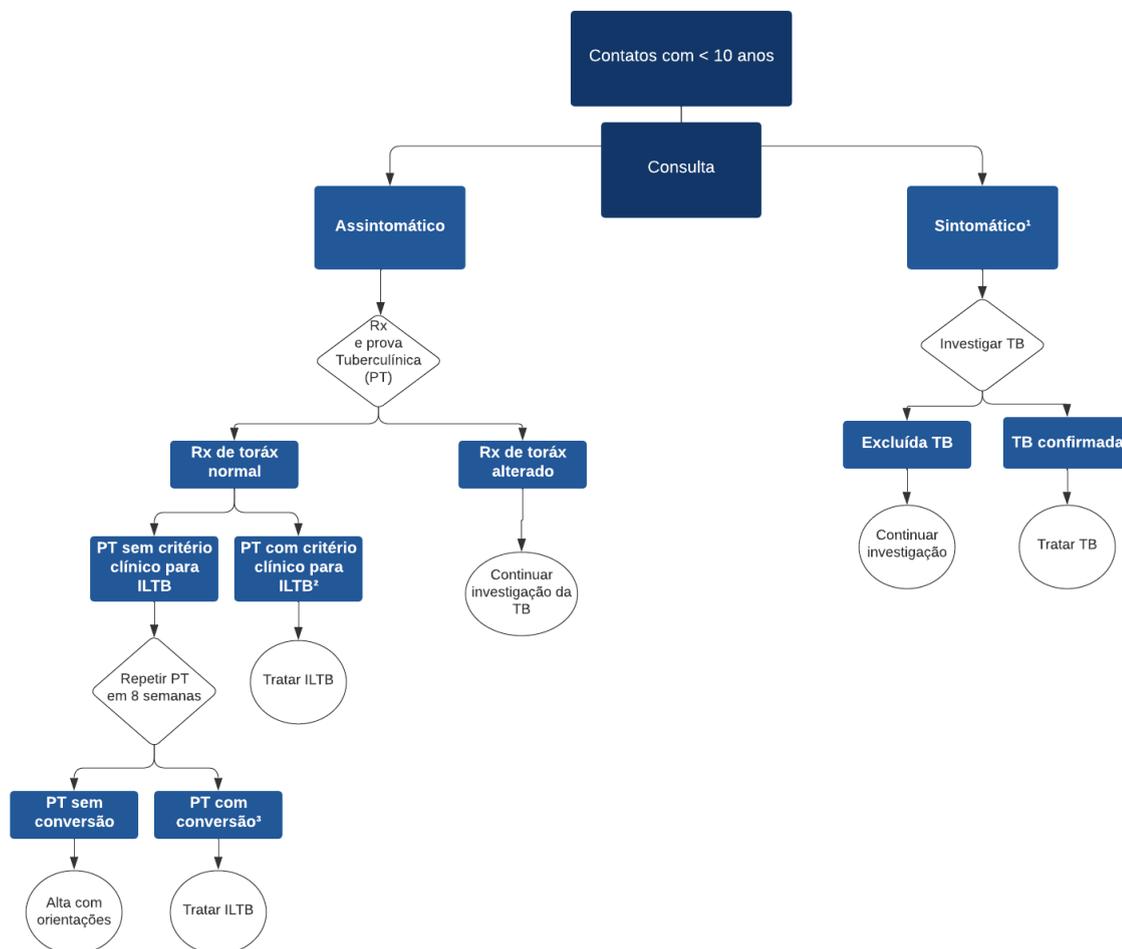
Nome do representante legal _____

Assinatura do representante legal ou impressão digital: _____

Nome do entrevistador: _____

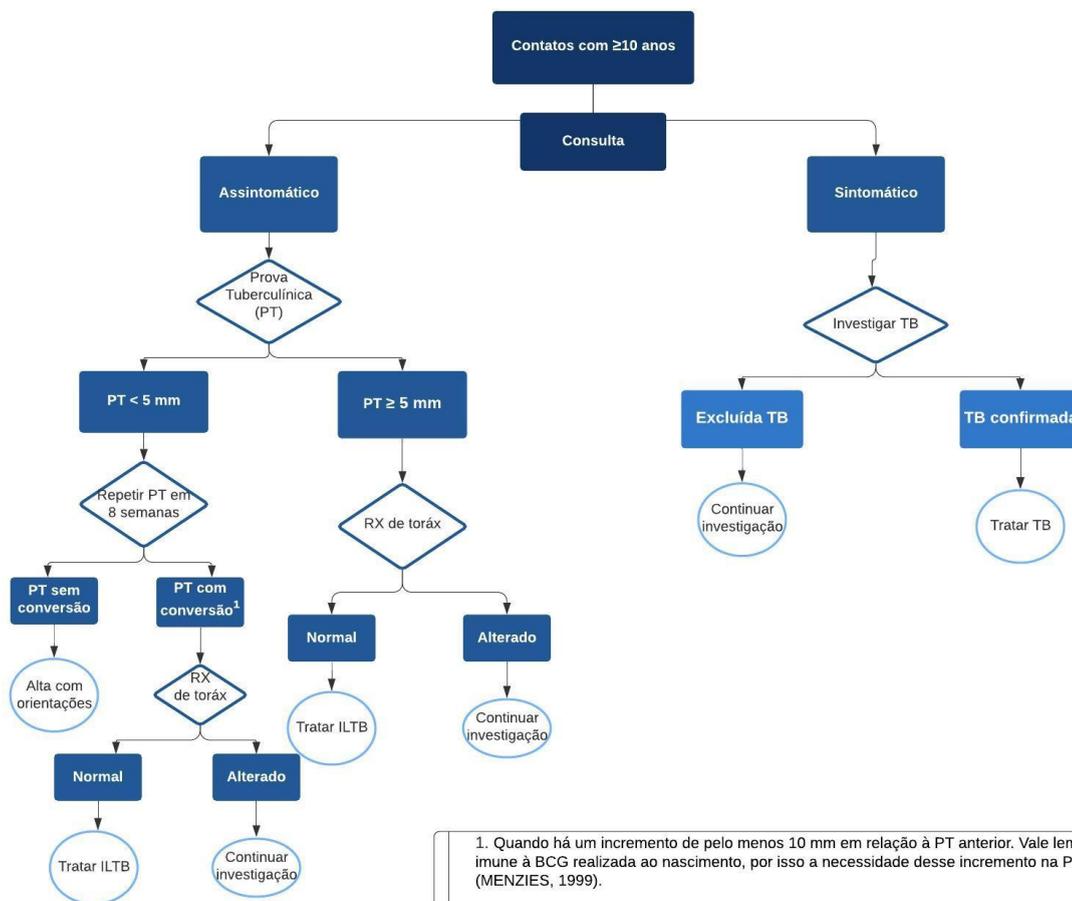
Assinatura do entrevistador: _____

ANEXO IV - Fluxograma para investigação de contato crianças (< 10 anos de idade)



1. Consultar Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019.
2. PT (Prova tuberculínica) ≥ 5 mm em crianças contato independentemente da vacinação com BCG.
3. Quando há um incremento de pelo menos 10 mm em relação a PT anterior. Vale lembrar que a PT estimula a resposta imune à BCG realizada ao nascimento, por isso a necessidade desse incremento na PT após uma avaliação inicial (MENZIES, 1999).

ANEXO V - Fluxograma para investigação de contatos adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)



Fonte: Adaptado de, Brasil, 2019.

ANEXO VI – Ficha de notificação da Infecção Latente da Tuberculose (ILTb)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO
DAS PESSOAS EM TRATAMENTO DA ILTB

IL-TB

| É FUNDAMENTAL QUE HAJA A EXCLUSÃO DA TUBERCULOSE ATIVA PREVIAMENTE. | | | |
|--|---|---|--|
| DADOS DE NOTIFICAÇÃO | | | |
| 1) Tipo de entrada*: <input type="checkbox"/> Caso novo <input type="checkbox"/> Reentrada após mudança de esquema <input type="checkbox"/> Reingresso após abandono <input type="checkbox"/> Reexposição <input type="checkbox"/> Reentrada após suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento | | 2) Data da notificação*: ____/____/____ | |
| NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL | | | |
| 3) Nome de registro*: | | 4) Nome social: | |
| 5) Data de nascimento*: ____/____/____ | 6) CPF: ____-____-____-____ | 7) Sexo*: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | |
| 8) Gestante***: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado | | 9) Raça/cor*: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Ignorado | |
| 10) Cartão Nacional de Saúde: _____ | 11) Nacionalidade: <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Outra. País: _____ | 12) Nome da mãe*: _____ | |
| DADOS DE RESIDÊNCIA | | | |
| 13) UF*: | 14) Município de residência*: | 15) Regional de Saúde: | |
| 16) Logradouro*: | | 17) Nº*: | 18) Bairro*: |
| 19) Complemento (apto., casa,...): _____ | | 20) CEP: _____ | 21) (DDD) Telefone: _____ |
| INVESTIGAÇÃO | | | |
| 22) Descartado TB ativa*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | 23) Caso a TB ativa não tenha sido descartada, justifique a realização do tratamento de ILTB**: | |
| 24) BCG*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado | | 25) Radiografia do Tórax*: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alteração sugestiva de TB ativa <input type="checkbox"/> Alteração não sugestiva de TB ativa <input type="checkbox"/> Não realizada | |
| 26) HIV*: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado | | 27) TARV***: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe | 28) IGRA*: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado |
| 29) Data da coleta do IGRA: ____/____/____ | | 30) Prova Tuberculínica (PT)*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| 31) Data da aplicação da última PT: ____/____/____ | | 32) Resultado da última PT***: ____ mm | |
| 33) Contato de TB*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Ignorado | | 34) Nome do caso fonte: _____ | |
| | | 35) Número do Sinan: _____ | |
| TRATAMENTO | | | |
| 36) UF*: | 37) Município de tratamento*: | 38) Regional de Saúde: | |
| 39) Unidade de saúde de tratamento*: | | 40) Código CNES: _____ | |
| 41) Principal indicação para tratamento da ILTB*: Sem PT e sem IGRA realizados (1) Recém-nascidos coabitantes de caso fonte confirmado por critério laboratorial (2) Pessoas vivendo com HIV contatos de TB pulmonar com confirmação laboratorial (3) Pessoas vivendo com HIV com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 cel/µl (4) Pessoas vivendo com HIV com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião (5) Pessoas vivendo com HIV com Radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB. PT ≥ 5mm ou IGRA positivo (6) Contatos adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG (7) Pessoas vivendo com HIV com CD4+ maior que 350 cel/µl (8) Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB (9) Indivíduos em uso de inibidores do TNF-α ou corticosteroides (>15mg de Prednisona por mais de um mês) (10) Indivíduos em pré-transplante em terapia imunossupressora | | PT ≥ 10mm ou IGRA positivo (11) Silicose (12) Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas (13) Neoplasias em terapia imunossupressora (14) Insuficiência renal em diálise (15) Diabetes mellitus (16) Indivíduos baixo peso (< 85% do peso ideal) (17) Indivíduos tabagistas (>1 maço/dia) (18) Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia Conversão (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT) (19) Indivíduos contatos de TB confirmada por critério laboratorial (20) Profissionais de saúde (21) Trabalhadores de instituições de longa permanência (22) Outra: _____ | |
| 42) Se houver, registre o código da indicação secundária para tratamento da ILTB: _____ | | 43) Medicamento*: <input type="checkbox"/> Isoniazida <input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> Rifapentina + isoniazida | |
| | | 44) Data de início do tratamento*: ____/____/____ | |
| PREENCHA ATÉ ESSE PONTO, ASSINE E NOTIFIQUE O CASO NO IL-TB. APÓS O ENCERRAMENTO, TERMINE DE PREENCHER A FICHA E ENCERRE O CASO NO SISTEMA. | | | |

* Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

ANEXO VI – Ficha de notificação da Infecção Latente da Tuberculose (ILTb)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO
DAS PESSOAS EM TRATAMENTO DA ILTB

IL-TB

| ENCERRAMENTO | | |
|---|--|-----------------------------|
| 45) Nº de doses tomadas: _____ | 46) Data do término do tratamento*: ____/____/____ | |
| 47) Situação de encerramento*: () Tratamento completo () Suspenso por reação adversa () Tuberculose ativa () Óbito () Abandono () Suspenso por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária () Transferido para outro país () Suspenso por condição clínica desfavorável ao tratamento | | |
| 48) Causa básica do óbito conforme consta da Declaração de óbito**: () Causa externa () Tuberculose (CID A15 a A19) () Complicações do HIV (CID B22, B22.7, B23, B23.8) () Hepatite aguda medicamentosa (CID K 71) () Doença hepática aguda viral (CID B17, B17.8) () Doença hepática crônica (CID B18.8 K73.8) () Doença hepática inflamatória, sem outra especificação (CID K75.9) () Outra | | |
| Observações: | | |
| Nome do investigador*: | Função do Investigador: | Assinatura do Investigador: |

* Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

ANEXO VII: PARÂMETROS PARA DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DA TUBERCULOSE: ESTIMATIVA DE NECESSIDADES E EXAMES AO ANO

| | |
|-----------------------------|--|
| POPULAÇÕES-ALVO | Sintomáticos respiratórios OU casos suspeitos de tuberculose: 1% da população geral – estimativa nacional. |
| AÇÕES | Busca Ativa/diagnóstico |
| NÍVEIS DE ATENÇÃO | AB |
| PROCEDIMENTOS | Consulta médica/Enfermagem Exames complementares |
| PARÂMETROS PROPOSTOS | -01 Consulta médica/enfermagem de rastreamento/ano -02 baciloscopia de escarro/01 cultura com teste de sensibilidade (TSA)/caso/ano ou 01 TRM-TB (Teste Rápido Molecular para Tuberculose)/ 01 cultura caso TRM-TB positivo com TS/caso/ano -01 Radiografia de tórax /caso suspeito de tuberculose/ano + (01 Radiografia de tórax para população ingressa no sistema prisional) -01 Teste diagnóstico HIV /Caso confirmado/ano -01 Cultura para micobactéria com TSA /Caso de retratamento TB ou Suspeita em Pop. Vulneráveis (População que vive com HIV/Aids, população privada de liberdade, população em situação de rua, Indígenas e profissionais de saúde). |

| | |
|-----------------------------|---|
| POPULAÇÕES-ALVO | Sintomáticos respiratórios OU casos suspeitos de tuberculose: 1% da população geral – estimativa nacional. |
| AÇÕES | Busca Ativa/diagnóstico |
| NÍVEIS DE ATENÇÃO | AAE/AH |
| PROCEDIMENTOS | Exames |
| PARÂMETROS PROPOSTOS | -1 broncoscopia/caso suspeito de tuberculose que não apresenta escarro -01 cultura com teste de sensibilidade (TSA) /ano |

| | |
|-----------------------------|---|
| POPULAÇÕES-ALVO | Pessoas com tuberculose: 0,01% da população geral – média nacional |
| AÇÕES | Tratamento |
| NÍVEIS DE ATENÇÃO | AB/AAE/AH |
| PROCEDIMENTOS | Terapêutica |
| PARÂMETROS PROPOSTOS | -01 tratamento com esquema básico OU 01 tratamento com esquema especial (quando necessário) / caso confirmado/ano -05 TDO (tratamento diretamente observado) durante todo o tratamento/caso/semana |

| | |
|-----------------------------|--|
| POPULAÇÕES-ALVO | Pessoas com tuberculose: 0,01% da população geral – média nacional |
| AÇÕES | Acompanhamento |
| NÍVEIS DE ATENÇÃO | AB/AAE |
| PROCEDIMENTOS | Consulta médica/enfermagem Exames Complementares |
| PARÂMETROS PROPOSTOS | -06 Consultas médicas e/ou de enfermagem/caso TB/ano (01 consulta/mês) -06 Baciloscopias/caso TB/ano (01 exame/mês) -01 Cultura micobactéria com TSA/com baciloscopia positiva no 2º mês de tratamento -01 Raio X tórax/caso TB/ano -01 Visita domiciliar/ caso TB/ano |

| | |
|--------------------------|--|
| POPULAÇÕES-ALVO | Pessoas com tuberculose: 0,01% da população geral – média nacional |
| AÇÕES | Acompanhamento |
| NÍVEIS DE ATENÇÃO | AAE/AH |
| PROCEDIMENTOS | Consulta médica/enfermagem Exames complementares |



| | |
|--|---|
| PARÂMETROS PROPOSTOS | -12 Consultas médicas e/ou de enfermagem/casos especiais de TB/ano (01 consulta/mês) -01 Cultura micobactéria com TSA/ casos especiais de TB /ano -18 Consultas médicas e de enfermagem/caso tuberculose resistente /ano (01 consulta/mês) -10 Culturas micobactéria com TSA/caso de tuberculose resistente /ano para casos (1 exame a cada dois meses) -02 Raio X tórax/caso de TB/ano (ao início e fim do tratamento, mais exames podem ser necessários durante seguimento conforme indicação médica) -01 tomografia/ caso de tuberculose com complicações/ano |
| Consulta médica com cirurgião torácico | -01 consulta/caso de tuberculose drogarresistente com indicação cirúrgica/ano |

| | |
|-----------------------------|--|
| POPULAÇÕES-ALVO | Contatos (4/caso TB) |
| AÇÕES | Busca ativa |
| NÍVEIS DE ATENÇÃO | AB |
| PROCEDIMENTOS | Consulta médica/enfermagem / Exames |
| PARÂMETROS PROPOSTOS | -01 Consulta médica ou de enfermagem/Contato Identificado -02 Baciloscopias + 1 radiografia de tórax/Contato suspeito TB ativa -01 Cultura para micobactéria com TSA /Caso de contato com tuberculose resistente -01 Prova tuberculínica/Contato assintomático para investigação da ILTB -01 Radiografia de tórax/Contato assintomático com PPD \geq 5mm |
| Tratamento | 01 Tratamento da ILTB/Caso de ILTB entre os contatos |
| Consulta médica/Enfermagem | 08 Consulta médica ou de enfermagem /Tratamento da ILTB/ano (01 consulta a cada 3 meses) |

| | |
|------------------------|--|
| POPULAÇÕES-ALVO | Menores 1 ano Considerar o preconizado pelo Programa Nacional de Imunização - PNI |
|------------------------|--|



| | |
|-----------------------------|-------------------------|
| <i>AÇÕES</i> | Prevenção |
| <i>NÍVEIS DE ATENÇÃO</i> | AB |
| <i>PROCEDIMENTOS</i> | Vacinação |
| <i>PARÂMETROS PROPOSTOS</i> | 01 dose BCG/criança/ano |

Fonte : Brasil, 2015.